

**Dermatológico parece...,
pero neurológico es*****It seems dermatological ... ,
But it's neurological******Sr. Editor:***

Un varón de 68 años acudió al Servicio de Urgencias por la aparición matutina y brusca de petequias en el tronco superior y facies, y equimosis bilateral en la lengua. Durante la anamnesis inicial no refería otros síntomas, ni antecedentes de alergias o contacto con tóxicos o fármacos; tampoco presentaba historia de enfermedades dermatológicas o sistémicas previas, y sólo constaba el antecedente de haber consultado hace años por síncope esporádicos que fueron estudiados en cardiología y neurología, los que finalmente fueron considerados "de causa desconocida". En el examen físico actual estaba afebril y estable hemodinámicamente, destacando la presencia de las lesiones en tronco superior, facies y lengua que habían motivado la consulta actual. Con la sospecha diagnóstica inicial de un trastorno hematológico de base, se realizaron diversas exploraciones complementarias: una analítica básica (bioquímica, hemograma y coagulación) resultó normal, el ECG mostraba un ritmo sinusal normal con BRIHH y la radiografía de tórax no objetivó anomalías significativas.

Ante lo anodino de los resultados, y considerando de nuevo la clínica del paciente, se reorientó el diagnóstico hacia una nueva sospecha: que se tratara de lesiones linguales por automordedura y de petequias por aumento importante y agudo de la presión capilar, tras una crisis comicial generalizada tónica o tónico-clónica; por ello, se re-interrogó al paciente, dirigidos a investigar dicha sospecha diagnóstica. El paciente refirió que, al despertar, había sentido cansancio generalizado, sobre todo en las extremidades inferiores; recordó que por primera vez había presentado enuresis nocturna y también que había encontrado restos de saliva sanguinolenta en la almohada. A consecuencia de dichas revelaciones se realizó una consulta urgente al neurólogo de modo que, finalmente, su evaluación clínica, el estudio neurológico y la buena respuesta al tratamiento anticomicial confirmaron el diagnóstico de sospecha.

Las petequias son lesiones maculares hemorrágicas, menores de 4 mm de diámetro, ocasionadas por la extravasación de eritrocitos del lecho capilar; cuando el tamaño es mayor y son múltiples, se denominan púrpura. Ambas lesiones hemorrágicas pueden ser el primer signo de un trastorno subyacente, potencialmente fatal. De este modo, su diagnóstico diferencial debe incluir principalmente la existencia de una trombopenia significativa o de otras anomalías plaquetarias, meningococcemia, sepsis, endocarditis infecciosa, coagulación intravascular diseminada, *púrpura fulminans*, púrpura trombótica trombocitopénica, síndrome hemolítico urémico, púrpura hipergammaglobulinémico de Waldenström, síndromes linfoproliferativos, gammapatía monoclonal, algunas enfermedades reumatológicas y la embolia grasa. La aparición de petequias localizadas en determinadas zonas de la piel es un signo importante en el ámbito de la medicina forense puesto que, por ejemplo, la causa más frecuente de petequias localizadas en cabeza y cuello es la estrangulación, donde son ocasionadas por la obstrucción del retorno venoso a nivel cervical¹. Por otra parte, la aparición brusca de petequias en el área facial también se ha descrito tras una maniobra de Valsalva, de náuseas, vómitos, esfuerzo del parto, accesos de tos paroxística²⁻⁴, crisis convulsivas^{1,5} o tras la terapia de electrochoque¹; en definitiva, pueden aparecer tras cualquier maniobra que conlleve un aumento importante de la presión intratorácica e intrabdominal, la cual a su vez produce un incremento en pico de la presión venosa que es transmitido retrógradamente al lecho capilar dérmico, en el que tiene lugar la extravasación sanguínea de eritrocitos³. En estos casos, la aparición de las petequias suele ser rápida y desaparecen espontáneamente en unos días². En el caso de las crisis comiciales o convulsiones epilépticas, y a pesar de que se han descrito, la aparición de petequias constituye una rara secuela de inusual presentación⁵, puesto que las crisis comiciales con más frecuencia se asocian a otros síntomas post-ictales, ya sean focales (afasia, hemiparesia, cefalea, etc) o más generalizados (confusión, estupor, fatiga, etc)⁶. Por ello, el caso presentado pretende resaltar esta rara presentación de una crisis comicial generalizada y, además, pone de manifiesto la importancia de realizar a los pacientes una anamnesis y exploración física detalladas

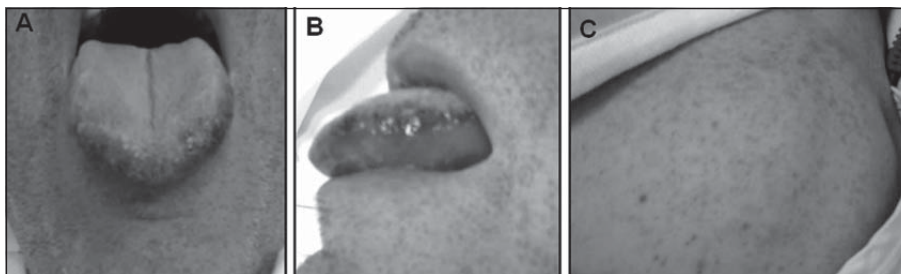


Figura 1. A) Lengua, vista frontal. B) Lengua, vista lateral. C) Petequias en hombro izquierdo.

que permitan llegar al diagnóstico del cuadro clínico, evitando agregar pruebas innecesarias.

*Delicia I. Gentile L.¹,
Jorge Gentile L.²,
Montserrat Pech S.³*

¹*Servicio de Cardiología,
Hospital de Tortosa "Verge de la Cinta". IISPV.
Tortosa, Tarragona, España.*

²*Medicina Familiar y Comunitaria.
ABS Tortosa Oeste.*

³*Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital
de Tortosa "Verge de la Cinta". IISPV.*

Referencias

1. McCallister MS, Athar A, Rashid RM. Focal iatrogenic petechiae: An unusual post electroconvulsive therapy skin finding. *Dermatology Online Journal* 2008; 14: 7.
2. Vañó-Galván S. Acute facial purpura in an 82-year-old woman with a respiratory tract infection. *Cleveland Clin J Med* 2008; 75: 352.
3. Harto Castaño A, Jaén Olasolo P. Facial-cervical purpura. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 530-32.
4. Pierson JC, Suh PS. Powerlifter's purpura: a Valsalva-associated phenomenon. *Cutis* 2002; 70: 93-4.
5. Lumsden J, Sulliman C, Dally J, West A, Fenwick PBC, Fenton FW. Petechial haemorrhage following a partial seizure with secondary generalization: atypical presentation and differential diagnosis. *Seizure* 1994; 3: 73-5.
6. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan E, Devinsky O. Postictal symptoms help to distinguish patients with epileptic seizures from those with non-epileptic seizures. *Seizure* 1999; 8: 149-51.

Correspondencia a:

Delicia I. Gentile Lorente. Servicio de Cardiología, Hospital de Tortosa "Verge de la Cinta". IISPV. C/ Esplanetes 14. CP 43500. Tortosa. Tarragona (España).
Tel y fax: (0034) 977 51 91 05
E-mail: dgentile.ebre.ics@gencat.cat